

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 9 kwietnia 2003 r.

w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 74 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391) zarządza się, co następuje:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

§ 1. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, zwanej dalej „ustawą”, są udzielane:

- 1) dostępnymi metodami i środkami zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) zgodnie z zasadami etyki zawodowej;

- 3) z należytą starannością;
- 4) z poszanowaniem praw pacjenta.

§ 2. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 72 ust. 1 ustawy, zwany dalej „świadczeniodawcą”, zapewnia należytą organizację i dostępność do udzielanych świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej „umową”.

§ 3. 1. Świadczeniodawca zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:

- 1) osobistego;
- 2) telefonicznego;
- 3) za pośrednictwem osoby trzeciej.

2. Świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej udzielane są, o ile to możliwe, w dniu zgłoszenia.

3. Świadczenia zdrowotne w przypadkach nagłych, zagrożenia życia lub zdrowia są udzielane niezwłocznie.

4. Świadczeniodawca umieszcza w miejscu ogólnie dostępnym informacje o:

- 1) godzinach pracy osób udzielających świadczeń zdrowotnych;
- 2) sposobie rejestracji pacjentów;
- 3) sposobie informowania pacjentów o przewidywanym terminie i godzinie udzielenia świadczenia zdrowotnego.

5. W przypadku zmiany terminu lub godziny udzielenia świadczenia zdrowotnego świadczeniodawca informuje o tym pacjenta w sposób ustalony w ust. 4 pkt 3.

§ 4. 1. Świadczeniodawca prowadzi rejestr ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, zwany dalej „rejestrem”.

2. W przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia zdrowotnego w dniu zgłoszenia świadczeniodawca:

- 1) umieszcza w rejestrze imię i nazwisko ubezpieczonego oraz jego numer PESEL;
- 2) określa w rejestrze, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i stanem zdrowia pacjenta, kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych;

3) comiesięcznie przekazuje Narodowemu Funduszu Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, informacje o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania;

4) informuje ubezpieczonego o czasie oczekiwania na świadczenie zdrowotne oraz kryteriach, które zdecydowały o jego miejscu w rejestrze.

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych udzielanych w przypadkach, o których mowa w § 3 ust. 3.

4. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub spowodowanego wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia pacjentom, o których mowa w § 3 ust. 3, udzielenie świadczeń zdrowotnych przez inny podmiot uprawniony do udzielania tych świadczeń. W takim przypadku świadczeniodawca dokonuje bezpośrednio z innym podmiotem uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych, który udzielił świadczenia, rozliczenia kosztów udzielonych świadczeń, których zakres określa umowa zawarta z Funduszem.

§ 5. Świadczenia zdrowotne są udzielane przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach.

§ 6. 1. Świadczenia zdrowotne są udzielane w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w odrębnych przepisach.

2. Świadczeniodawca posiada tytuł prawny do pomieszczeń, w których udziela świadczeń zdrowotnych.

3. Świadczenia zdrowotne są udzielane przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego właściwych dla rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, wprowadzonych do obrotu i do używania zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany:

- 1) udzielać Funduszowi na jego wniosek informacji związanych z wykonywaniem umowy;
- 2) zamieszczać numer umowy na wszystkich dokumentach związanych z wykonywaniem umowy;
- 3) informować ubezpieczonych o godzinach i miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej — również o sposobie zabezpieczenia dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej;
- 4) umieszczać w sposób widoczny w miejscu ogólnie dostępnym na zewnątrz budynku, w którym są

udzielane świadczenia zdrowotne, informację o tym, że udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy;

5) zamieszczać na tablicy ogłoszeń w miejscu, w którym udziela świadczeń zdrowotnych:

a) informację o warunkach i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy,

b) imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz informację o godzinach i miejscu ich udzielania, a w przypadku udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej — również o sposobie zabezpieczenia dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej,

c) informację o nieobecności i zastępstwach osób udzielających świadczeń zdrowotnych,

d) informację na temat trybu składania i przyjmowania skarg i wniosków ubezpieczonych,

e) wykaz badań diagnostycznych wykonywanych na podstawie skierowania lekarza lub felczera podstawowej opieki zdrowotnej,

f) adres i telefony do Rzecznika Praw Pacjenta,

g) treść Karty Praw Pacjenta.

2. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń zdrowotnych w miejscu, w którym świadczenia zdrowotne są udzielane także przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 3—5, powinny jednoznacznie identyfikować świadczeniodawcę.

§ 8. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody Funduszu.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie od Funduszu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy.

2. Wynagrodzenie wypłaca się świadczeniodawcom w okresach miesięcznych z dołu za świadczenia zdrowotne udzielone ubezpieczonym w okresie objętym rozliczeniem.

3. Fundusz wypłaca wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia prawidłowo wypełnionych dokumentów stanowiących podstawę wypłaty wynagrodzenia.

§ 10. 1. W przypadku braku możliwości polubownego załatwienia sporu pomiędzy stronami umowy, decyzje w kwestiach spornych podejmuje, w terminie 7 dni od dnia wszczęcia sporu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w granicach udzielonego upoważnienia.

2. Świadczeniodawca może odwołać się od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do Zarządu Funduszu w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji o sposobie rozstrzygnięcia kwestii spornej.

3. Zarząd Funduszu rozpatruje sprawę w terminie 30 dni od dnia otrzymania odwołania i niezwłocznie udziela świadczeniodawcy odpowiedzi na piśmie.

4. Przepisy ust. 1—3 nie wykluczają rozstrzygnięcia sporu na drodze sądowej.

§ 11. 1. Zażalenie świadczeniodawcy na czynności organów Funduszu dotyczące realizacji umowy rozpatruje, w terminie 7 dni, Prezes Funduszu.

2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek ten jest rozpatrywany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu.

§ 12. 1. Ubezpieczony dokonuje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej poprzez złożenie deklaracji wyboru, o której mowa w art. 114 ust. 2 ustawy, u świadczeniodawcy, który udziela świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Deklaracja, o której mowa w ust. 1, stanowi podstawę do wypłaty przez Fundusz wynagrodzenia z tytułu umowy, jeżeli wynagrodzenie to przysługuje według zryczałtowanej stawki za ubezpieczonego.

3. Przy kolejnym wyborze lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej do deklaracji wyboru dołącza się, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, pisemną rezygnację z poprzedniego wyboru. Nowo wybrany lekarz, pielęgniarka lub położna podstawowej opieki zdrowotnej samodzielnie albo za pośrednictwem świadczeniodawcy, u którego udziela świadczeń zdrowotnych, przekazuje jeden egzemplarz rezygnacji dotychczasowemu lekarzowi, pielęgniarce lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 13. Przepisów rozporządzenia nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umów zawartych na podstawie przepisów dotychczasowych, z wyjątkiem § 4 ust. 1—3.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*